Aus dem Zahnärztlichen Universitäts-Institut „Carolinum"
zu Frankfurt am Main. Direktor: Professor Dr. med. O. Loos.

Die Bedeutung zahnärztlicher Fürsorge und Frühbehandlung nach einem Fall typischer Gebißverkrüppelung.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der zahnärztlichen Doktorwürde der
Hohen Medizinischen Fakultät
der Johann Wolfgang Goethe-Universität
zu Frankfurt am Main

vorgelegt von

Karl Kneip
Zahnarzt
aus Illkirch-Grafenstaden bei Straßburg i. Elsaß.

Mai 1934

Gedruckt bei Albrecht Beck, Frankfurt a. M., Schweizerstr. 50

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Frankfurt am Main.

Dekan: Professor Dr. Holfelder.

Referent: Professor Dr. Loos.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Die Bedeutung zahnärztlicher Fürsorge und Frühbehandlung nach einem Fall typischer Gebißverkrüppelung.

I.

Die Zahnheilkunde entwickelte sich im Laufe der letzten Jahrzehnte aus der morphologischen zur physiologischen Betrachtung des Zahnkieferapparates. Der einzelne Zahn wird nicht mehr als ein vollkommen selbständiges Organ aufgefaßt, das nichts mit der Funktion des Gesamtorganismus zu tun hat, sondern als Baustein des architektonischen Gefüges Zahnkieferapparat, dem wieder als größere Einheit der Körper übergeordnet ist. Die Funktionsfähigkeit des Gebisses als Ganzes ist nach heutiger Anschauung von gleicher Bedeutung für den Gesamtorganismus wie irgend ein anderes Organ. Daraus ergibt sich als Behandlungsziel für den modernen Zahnarzt, in jedem Fall die Wiederherstellung der Funktion des ganzen Kauapparates zu erreichen, noch mehr aber die schädlichen, die Funktion herabsetzenden Einflüsse auf das Milch- wie Ersatzgebiß rechtzeitig zu vermeiden.

Folgender Fall, der in der Zahnklinik der Frankfurter Johann Wolfgang Goethe - Universität zur Behandlung stand, zeigt einerseits, wie wenig noch eine auf wissenschaftlicher Erkenntnis der Entwicklung und Physiologie des Kauorgans beruhende Therapie Allgemeingut der Zahnbehandler geworden ist, andererseits aber, daß die Unkenntnis der Wichtigkeit eines gesunden Kauorgans in den weitesten Kreisen des deutschen Volkes zum Verlust von Einzelkomponenten des Gebisses schon von frühester Jugend an führt.

Patient H. L., 17 Jahre alt, Gymnasiast.

Befund: Oberkiefer. 1+ hat Fensterkrone mit Anhänger 2+. 4+ hat tiefe Karies und defekte Amalgamfüllung, 5+ ist stark zerstört, 6+ fehlt. 7+ hat defekte Amalgamfüllung und ist kariös. Er ist nach mesial gewandert, füllt jedoch die Lücke, die der extrahierte 6+ hinterlassen hat, nicht aus. +1 und +2 sind tief zerstört. +4 hat Amalgamfüllung. +5 fehlt. +6, der tief zerstört ist, ist wenig nach

mesial nach der Lücke des +5 gewandert. +7 hat defekte Amalgamfüllung und ist kariös. (Siehe Abbildungen 1 und 3.)

Unterkiefer. 5— und 7— haben defekte Amalgamfüllungen und sind kariös. 7— ist ganz an die Stelle des extrahierten 6— gerückt. —3 und —5 sind kariös. —6 hat defekte Amalgamfüllung und ist kariös. —7 ist tief zerstört. Auf der linken Seite besteht ein Engstand, der besonders deutlich durch die Drehung des —3 und —4 mit der Mesialkante nach buccal zum Ausdruck kommt. —4 und —5 sind nach innen gekippt. (Siehe Abbildung 1.)

Die Occlusionsstellung. Es besteht ein tiefer Biß. Die Mittellinie ist wenig nach rechts verschoben. In die durch Karies bis zum Kiefertegment zerstörten Kronen sind die Antagonisten hineingewachsen, so +7 in den tief zerstörten —7, —6 in den tief zerstörten +6. +4 ist solange aus der Alveole gewachsen, bis er Anschluß an den buccalen Wänden der stark nach innen gekippten —4 und —5 fand. Auf der rechten Seite suchten 4— und 5— Anschluß an ihren zerstörten Antagonisten. Die Mesialverschiebung der unteren rechten Zahnbogenhälfte ist um eine halbe Prämolarenbreite ausgeblieben, was daran zu erkennen ist, daß 4— statt mit 3+ und 4+ nur mit 4+ in Kontakt, also um eine halbe Prämolarenbreite zu weit distal steht. (Siehe Abbildungen 2, 3 und 4.)

Der Zahnverlust und die Zerstörung der Zahnkronen durch Karies führten in dem Gebiß des 17jährigen Patienten zu Zahnstellungs- und Bißanomalien.

Anstelle des ersten linken unteren Molaren, der nach Angaben des Patienten im 9. Lebensjahr entfernt wurde, steht heute der zweite Molar. Der Wachstumsdruck des um den Zeitpunkt der Extraktion noch nicht durchgebrochenen zweiten Molaren verpuffte in der Lücke des entfernten Sechsjahrmolaren, so daß die Mesialverschiebung der vor dem zweiten Molaren stehenden Zähne auf der linken Unterkieferhälfte um eine halbe Prämolarenbreite ausgeblieben ist.

Im Oberkiefer wurde der rechte erste Molar später extrahiert, etwa im 15. Lebensjahr. Der zweite Molar ist ebenfalls nach mesial gewandert, schließt jedoch die Lücke nicht. Die physiologische Mesialverschiebung war beendet, so daß alle vor dem zweiten Molaren stehenden Zähne symmetrisch stehen.

Erfolgt also die Extraktion des Sechsjahrmolaren längere Zeit vor dem Durchbruch des zweiten Molaren, so kann der zweite Molar einen Druck nach mesial nicht mehr ausüben. Er tritt ungehindert

an den Platz des Sechsjahrmolaren. Alle vor ihm stehenden Zähne erhalten keine Mesialverschiebung mehr. Wird die Extraktion des Sechsjahrmolaren nur in einer Kieferhälfte vorgenommen, so stehen daher alle vor ihm stehenden Zähne zu weit distal. Diese Anomalie wird um so geringer sein, je später der Sechsjahrmolar entfernt wird, Wird er kurz vor dem Durchbruch des zweiten Molaren, also etwa im zwölften Lebensjahr extrahiert, so hat der Wachstumsdruck dieses Zahnes die Mesialverschiebung der vor ihm stehenden Zähne bereits herbeigeführt. Alle Zähne vor dem zweiten Molaren stehen infolgedessen symmetrisch, während er selbst asymmetrisch, zu weit mesial gegenüber der gesunden Seite steht.

Der Kronenverlust der durch Karies tief zerstörten Zähne bedingte in dem jugendlichen Kiefer Wachstumsstörungen der Antagonisten.

Der linke untere zweite Molar ist durch Karies tief zerstört. Der Antagonist, der linke obere zweite Molar, ist über das Niveau der Kauflächenebene hinausgewachsen. Mesial fand er Widerstand an dem distobuccalen Höcker des ersten unteren Molaren, während er mit seiner distalen Hälfte ganz in den zerstörten unteren zweiten Molar hineingewachsen ist. Ebenso sind —6, 4— und 5— über die Kauflächenebene gewachsen, wieder Kontakt an den verkürzten Antagonisten suchend.

Bei Mahlbewegungen wird nun der verlängerte Zahn auf die Nachbarzähne des Kronenberaubten hart auftreffen. Diese Zahngruppen werden stark belastet, so daß hier die von O. L o o s bezeichnete Belastungsparadentose entstehen kann, sofern eine endogen bedingte Paradentalschwäche des Gebisses überhaupt vorliegt.

Neben diesen Störungspunkten der Artikulation besteht ein tiefer Biß, so daß der junge Patient seine Kautätigkeit auf Hackbewegungen beschränkte.

Solche Kinder werden nach und nach kauträge. Die Kauunlust und Kaufaulheit führt aber zu mangelhafter Bissenbildung, da die Speise nicht richtig mit Speichel durchsetzt wird. Die anderen Verdauungsorgane müssen diese Arbeit mitübernehmen. Bedeutet es für sie eine Überbeanspruchung, so kommt es zur Verminderung der Ausnützung der Nahrung und oft zu Verdauungsstörungen.

Zeigt sich hierin und in der konsekutiven Speichelsekretionsstörung die Stellung des Gebisses und Mundes als Pförtner des Verdauungstraktus, so ist hier die Fernwirkung der Artikulationsstörung auf die eigentlichen Verdauungsorgane zu erkennen.

Der tiefe Biß hat als Ursache eine Bißsenkung des Milchgebisses.

Im Unterkiefer des Ersatzgebisses besteht links ein Engstand und die Prämolaren sind nach innen gekippt. Rechts hat sich diese Anomalie wieder ausgeglichen, da durch die Entfernung des Sechsjahrmolaren Platz geschaffen wurde. Daraus ist zu erkennen, daß die Milchmolaren zu früh entfernt wurden. Werden nämlich diese vorzeitig extrahiert, tritt, weil ihre Platzhalterfunktion verloren geht, Hemmung im Längenwachstum des Kiefers ein, der sich im Platzmangel der bleibenden Prämolaren äußert.

Die Milchmolaren erhalten die Bißhöhe im Milchgebiß. Ihre frühzeitige Entfernung auf beiden Seiten des Kiefers führt daher zu einer Bißsenkung schon im Milchgebiß. Wenn dann die Sechsjahrmolaren, die nach ihrem Durchbruch die Bißhöhe und die Occlusion sichern, bald nach ihrem Hervortreten aus der Kieferschleimhaut aufeinandertreffen, so entsteht auch ein tiefer Biß im Dauergebiß.

Infolge der starken Kippung der linken unteren Prämolaren, die durch vorzeitige Extraktion der Milchmolaren entstanden war, fehlte dem Antagonisten +4 der Kauflächenkontakt. Er setzte daher „sein Wachstum aus der Alveole" fort, bis er Anschluß an den buccalen Wänden der unteren Prämolaren fand. Der stark verlängerte, obere, erste Prämolar wird Mahlbewegungen stets behindern. Dieser Artikulationsstörungspunkt hat also indirekt als Ursache die frühzeitige Milchzahnextraktion.

Das Gebiß des Schülers liefert ein treffendes Beispiel, daß zu frühe Milchzahnextraktionen Störungen im Kieferwachstum bedingen, die sich im Ersatzgebiß in Kiefer- und Zahnstellungsanomalien äußern. Die Erhaltung aller Milchzähne bildet also einen gleichmäßigen Reiz für die Entwicklung des Kieferknochens und des bleibenden Gebisses.

Wie die Gebißverkrüppelung des Falles zeigt, haben die Zahnärzte noch nicht die praktischen Folgerungen aus dieser Erkenntnis gezogen.

Die wissenschaftliche Zahnheilkunde verlangte schon immer eine systematische Frühbehandlung des kindlichen Gebisses, stellte aber diese erst in letzter Zeit als Garantin für die Entwicklung eines gesunden Kauorgans schärfer heraus.

Der Zahnarzt muß daher die Besonderheiten der Kinderzahnheilkunde beherrschen. Er muß die Physiologie und Entwicklung des Kiefers ebenso kennen, wie die den Kieferapparat treffenden Umwelteinflüsse. Dann erst ist eine zahnärztliche Fürsorge möglich, die das Werden eines gesunden Gebisses überwacht und mit einer systema-

Abbildung 1.

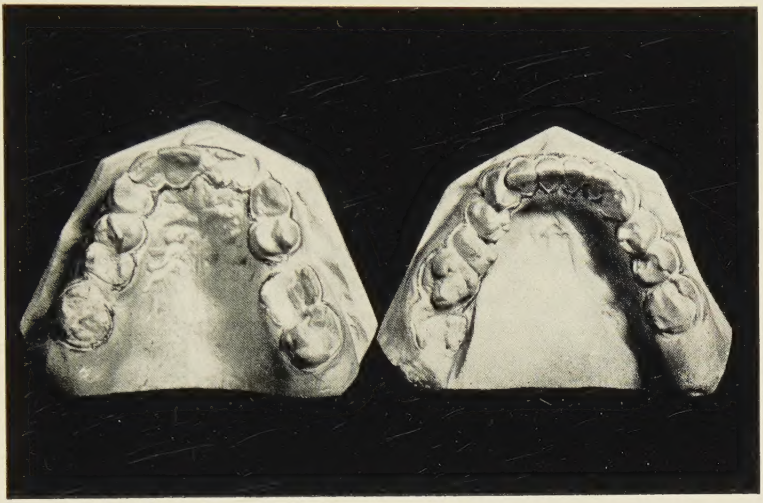
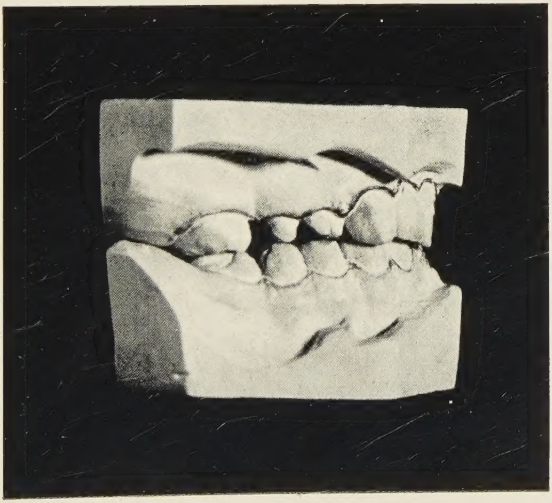


Abbildung 2.

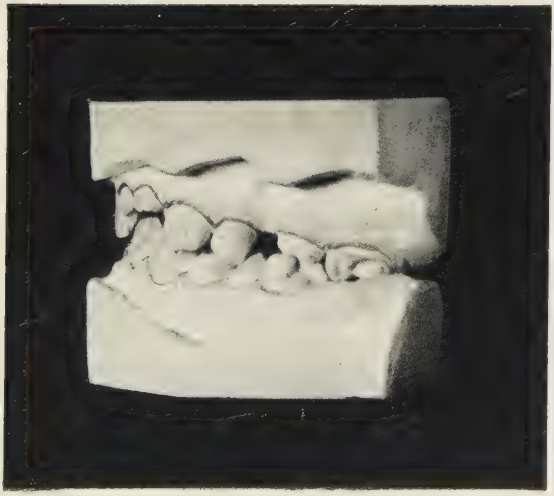


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552326_0052

Abbildung 3.

Abbildung 4.



tischen Frühbehandlung beginnt, bei der die Bekämpfung der Karies immer im Vordergrund stehen wird.

Es muß einmal die Zeit kommen, daß Maßnahmen von Zahnbehandlern, die eine Gebißverkrüppelung, wie solche der Fall des Schülers zeigt, nicht zu verhindern in der Lage sind, als Kunstfehler betrachtet und geahndet werden.

Voraussetzung hierfür ist allerdings, daß die Kinder von ihren Eltern zeitig zahnärztlicher Behandlung zugeführt werden. Wenn ein Kleinkind erst durch Schmerzen gezwungen zum Zahnarzt kommt, so ist der Zahn meist schon tief zerstört, die Pulpa freigelegt oder ganz zerfallen, so daß die Erhaltung des Zahnes oft nicht mehr möglich ist.

Ist ein Gebiß derart verkrüppelt, wie das des Schülers, so können nur mehr Ersatzmaßnahmen, also eine Behelfsbehandlung, eine Verbesserung der Artikulation und damit der Kaufähigkeit erreichen.

II.

Untersuchungen bei etwa 1500 SA-Männern haben mir eindeutig gezeigt, daß der der Arbeit zu Grunde liegende Fall eines vollständig desolaten, in seiner Funktion herabgesetzten Gebisses eines Jugendlichen durchaus nicht vereinzelt dasteht. Der Umstand, daß die Träger derartiger Gebisse nicht allein bei Angehörigen wirtschaftlich schlecht gestellter Volksgenossen festzustellen sind, weist darauf hin, daß die Ursache hierfür in der Unkenntnis der Wichtigkeit eines gesunden Gebisses überhaupt in weitesten Volkskreisen zu suchen ist.

Es wird Aufgabe der Zahnärzte sein, nachdem sie sich tieferes Verständnis und bessere Kenntnisse der zahnärztlichen Fürsorgebehandlung angeeignet haben, durch eine intensive Aufklärungsarbeit auf die fundamentale Wichtigkeit der Frühbehandlung hinzudeuten, die allein die Entwicklung eines gesunden Kauorgans verbürgt. Durch öffentliche Vorträge, Abgabe von Filmen, Ausstellungen, Presse, Rundfunk, Aufklärungsschriften und Merkblätter muß in allen Kreisen des deutschen Volkes die Verhütung und Bekämpfung der Zahnverderbnis propagiert werden. Jedem Zahnarzt muß es zur Pflicht werden, sich dieser Volksaufklärung zur Verfügung zu stellen. Denn nur so kann er das Vertrauen des Volkes gewinnen. Das Volk muß wissen, daß die Frühbehandlung notwendig ist und vor allem auch erkennen warum.

Es gilt, alle Schäden, welche die körperliche Entwicklung des Kindes bedrohen, abzuwenden

und durch Förderung natürlicher Einflüsse zu sorgen, daß die kommende Generation ein gesundes erbtüchtiges Geschlecht wird.

Die zahnärztliche Fürsorge hat schon die werdende Mutter dazu zu erziehen, daß sie während der Schwangerschaft ihre Ernährung auf die an sie gestellten Anforderungen umstellt. Der Foetus braucht zur Bildung der eigenen Knochen und Zähne Kalk und Phosphor. Er entzieht diese Stoffe dem Körper der Mutter. Die Schwangere muß daher ihrem Körper eine vitamin- und kalkreiche Kost zuführen.

Die Mütter müssen wissen, daß die künstliche Säuglingsernährung mit der Flasche ungünstig für die Entwicklung des Kiefers ist. Sie schwächt den Kieferknochen in seiner Widerstandsfähigkeit (Rachitis) und setzt ihn ferner abnormen, unphysiologischen Belastungen aus, denen er im Sinne von Deformierungen folgt (Korkhaus).

Die Mütter müssen die Kinder dann sehr früh zur Mundhygiene erziehen, diesen den Gebrauch der Zahnbürste anerlernen. Da immer noch genug Stellen zurückbleiben, die für die Bürste nicht zugänglich sind, wie die Kontaktflächen und die Fissuren der Kauflächen, ist das kräftige Kauen geeigneter Nahrung ein wirksames Reinigungsmittel (harter Zwieback, Äpfel, Nüsse, Haselnüsse). Andererseits wird aber der Genuß von klebrigem Weißbrot oder weicher Speise das Kind von einem Gebrauch des Kauapparates entheben. Hierdurch mangelt es an funktionellen Entwicklungsreizen auf den Kieferknochen.

Dem Zahnarzt sind also gewaltige Aufgaben in der Gesundheitsfürsorge gestellt. Es wird aber seine Aufklärungs- und Erziehungsarbeit nicht allein zum erstrebten Ziele führen. Hierzu ist das Eingreifen des Staates mit seinen Machtmitteln unbedingtes Erfordernis.

Diese anzuwenden, wird gerade der nationalsozialistische Staat in der Lage sein, da er sein höchstes Ziel in der biologischen Wiederaufrichtung des deutschen Volkes und seiner Gesamtgesundheitserhaltung als Voraussetzung für die Werdung eines in sich gefestigten Volkes sieht.

So schreibt der Schöpfer dieses Staates, Adolf Hitler, in seinem, das Staatsleben grundlegend bestimmenden Buche „Mein Kampf“:

„So wie der Staat, was die rein wissenschaftliche Ausbildung betrifft, heute in das Selbstbestimmungsrecht des einzelnen eingreift und ihm gegenüber das Recht der Gesamtheit wahrnimmt, indem er, ohne Befragung des Wollens oder Nichtwollens der Eltern, das Kind dem Schulzwang unterwirft, so muß in noch viel höherem Maße der

völkische Staat dereinst die Autorität durchsetzen gegenüber der Unkenntnis oder dem Unverständnis des einzelnen in den Fragen der Erhaltung des Volkstums. Er hat seine Erziehungsarbeit einzuteilen, daß die jungen Körper schon in ihrer frühesten Kindheit zweckentsprechend behandelt werden und die notwendige Stählung für das spätere Leben erhalten."

Und an einer anderen Stelle des Buches „Mein Kampf" schreibt Hitler:

„Die Jugenderziehung hat mit der Vorstellung aufzuräumen, als ob die Behandlung seines Körpers jedes einzelnen Sache selber wäre. Es gibt keine Freiheit, auf Kosten der Nachwelt und damit der Rasse zu sündigen."

Mit diesen Worten unterstellt Hitler das Individuum der Rasse, deren Erhalt der nationalsozialistische Staat mit seiner ganzen Autorität sich zur Aufgabe stellt. Die Erziehung des einzelnen wird daher die Losung in die Tat umsetzen müssen:

„Du bist nichts, dein Volk ist alles".

Mit der Beschränkung der Freiheit des Individuums übernimmt der Staat die Sorge und Verantwortung für die Gesundheitserhaltung des gesamten Volkes. Im Bewußtsein dieser großen Verantwortung wird der Staat den einzelnen Volksgenossen unter eine ärztliche Zwangsbehandlung stellen müssen. Der erste Schritt in dieser Richtung ist schon mit dem einschneidenden Gesetz zur Verhütung eines krankhaften Nachwuchses getan.

Eine durch gesetzliche Maßnahmen des Staates angeordnete Zwangsbehandlung würde also die im Interesse der Volksgesundheit notwendige Frühbehandlung des Gebisses nach sich ziehen. Den Eltern wäre die Verpflichtung aufzuerlegen, das Kind periodisch einer zahnärztlichen Untersuchung etwa vom dritten Lebensjahre ab bis zum Schulbeginn zuzuführen. Liegt doch gerade in der zu spät einsetzenden Behandlung des Milchgebisses oft die Ursache eines dauernd in seiner Funktion herabgesetzten Kauorgans. Die Überwachung des kindlichen Gebisses darf also nicht wie bisher erst mit dem schulpflichtigen Alter beginnen.

So konnte die auf Jessen (1885) zurückzuführende Einrichtung der Schulzahnpflege zu einem grundlegenden Erfolge nicht führen, da sie zu spät einsetzte und ihr die Möglichkeit eines nachdrücklichen Zwanges fehlte. Sie mußte sich in der Hauptsache auf eine Beratung und Überwachung beschränken. Zudem behandelten die Schulzahnkliniken meist nur Minderbemittelte. Da die Kliniken

aus Mitteln der kommunalen Verbände geschaffen und unterhalten wurden, waren in den einzelnen Städten die Behandlungsbedingungen ganz verschiedene. So gab es Schulzahnpflegestätten, welche das bleibende Gebiß zu sanieren sich bemühten, aber das Milchgebiß nur, wenn es unbedingt notwendig war, behandelten. Eine planmäßige einheitliche Schulzahnpflege, unter der man eine in regelmäßigen halbjährigen Abständen sich wiederholende Untersuchung und gegebenenfalls Behandlung aller Kinder vom ersten Schuljahre an versteht, wurde wohl von den wenigsten Schulzahnkliniken durchgeführt.

Die mit den Mitteln des Zwanges auszustattende Reichsschulzahnpflege des nationalsozialistischen Staates wird wesentlich bessere Erfolge erzielen können und wahren Dienst an der Volksgesundheit leisten.

Die Schüler müssen durch den in den Lehrplan aufzunehmenden Unterricht über die Gesundheitspflege von der Notwendigkeit einer zahnärztlichen Frühbehandlung auch innerlich überzeugt werden. Der Lehrernachwuchs ist für diese Aufgabe zu schulen, und für die im Amt Befindlichen sind entsprechende Kurse einzurichten. Eine Körperpflegezensur, wie sie Prager vorschlägt, wäre dann eine Selbstverständlichkeit.

Die Reichsschulzahnpflege muß durch Reichsgesetz geregelt werden, nach welchem im ganzen Reich einheitlich alle Schüler vom ersten Schuljahr ab zwangsbehandelt werden. Anstelle des kostspieligen Klinikbetriebes, der auf dem Land überhaupt nicht durchführbar ist, hat der frei praktizierende Zahnarzt zu treten. Die etwa halbjährliche Untersuchung der Schulkinder hat durch nebenamtliche Zahnärzte zu geschehen, die auch wieder die Durchführung der Behandlung kontrollieren und nötigenfalls mit Zwangsmaßnahmen einschreiten können.

Die von Sonnenburg geforderte halbjährliche Kontrolle des Schulentlassenen an Hand eines zahnärztlichen Gesundheitspasses wird die Erfolge der Frühbehandlung sichern.

Dieser zahnärztliche Gesundheitspaß müßte vom hygienischen Standpunkt gesehen für bestimmte Berufe eine zwingende Voraussetzung sein. So z. B. für Lebensmittelhändler und Melker, da die Gefahr der Infizierung der Nahrung durch die infolge der Zerstörung des Gebisses verschmutzte Mundhöhle besteht.

Der Gesetzgeber, welcher die weitgehende Zwangsbehandlung des Gebisses anordnet, wird an der Frage, wie diese zu finanzieren ist, nicht vorbeigehen können. Nach Einführung der Familienversicherung

steht heute fast jedem Kinde zahnärztliche Hilfe zur Verfügung, sei es auf Kosten der Krankenkasse, der Wohlfahrt oder auf Selbstkosten der unterhaltspflichtigen Eltern. Reichen die Mittel der Kassen nicht aus, so müssen die Kosten von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung übernommen werden. Zum anderen wird aber die durch die Zwangsmaßnahmen bedingte Frühbehandlung in ihrem Enderfolg zur Senkung der Kosten beitragen.

Denn die weit geringeren Kosten der Milchzahnbehandlung und -Erhaltung, wie der Erhaltung des jugendlichen Gebisses überhaupt, stehen den weit höheren für die nachträgliche Bekämpfung kaufunktioneller Störungen und damit verbundenen Ersatzleistungen im durch frühzeitige Extraktionen minderwertig gewordenen Ersatzgebiß gegenüber. Es wird also zu einer rationelleren Verwendung der Mittel als auch der Zahnärzte selbst kommen.

Steht die Aufnahme der Behandlung dagegen wie bisher im Ermessen des einzelnen, ergibt sich eine teuere Individualbehandlung, die niemals die Volksseuche Karies bekämpfen kann, welche auch dem Sinn der Idee „Gemeinnutz geht vor Eigennutz" widerspricht.

Die durch die Frühbehandlung erzielten Ersparnisse werden, wenn auch erst nach Jahren, die Ausgaben der Krankenkassen vermindern und sie daher leistungsfähiger machen. Dann kann die Sozialversicherung auch endlich wieder ihren Versicherten eine auf streng wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende Behandlung zukommen lassen.

Volkswirtschaftlich gesehen sind also große Ersparnisse an Volksvermögen möglich, wenn es gelingt, Zahn- und Kieferkrankheiten durch die Erziehungsarbeit und die erzwungene Frühbehandlung zu verhindern.

Zur Lösung dieser neuen erhöhten Aufgaben, die dem Zahnarzt zur Schaffung eines erbgesunden Volkes gestellt sind, hat der nationalsozialistische Staat mit der ihm eigenen Tatkraft schon den ersten Schritt getan. Weitblickend hat er erkannt, daß dieses hohe Ziel nicht erreichbar ist mit zwei sich in Abwehr gegenüberstehenden Ständen der Zahnärzte und Dentisten, sondern mit einem einzigen Stand der Zahnheilkundigen.

O. Loos schreibt hierüber:

„Die Entscheidung ist im Staatsinteresse und um des Volkswohls willen dahin gefallen, daß in Zukunft ein Dualismus beseitigt wird, der einer einheitlichen und straffen Einordnung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in ihrer Aufgabe den Dienst am Kranken und in der Volksgesundheitspflege, hemmend im Wege stand."

Die natürliche Entwicklung wird dem durch die Zusammenfassung der Zahnärzte und Dentisten geschaffenen Zwischenzustand ein Ende bereiten. Es wird dann eine einheitliche Ausbildung des Nachwuchses im Sinne der neuen erhöhten Aufgaben, die der Zahnärztestand zu erfüllen hat, möglich. O. Loos schreibt über den neu zu erziehenden Zahnarzt:

„Der herauszubildende Typ des Heilkundigen unseres Faches ist die Synthese eines polytechnisch und medizinisch Ausgebildeten."

So schafft sich der nationalsozialistische Staat einen Zahnarztstand, der durch sein systematisches Hochschulstudium mit reichlichem Können versehen und durchdrungen von einer ethischen Berufsauffassung Diener seines Volkes, Förderer der Volksgesundheit, Helfer in der Bildung eines erbgesunden Volkskörpers und unentbehrliches Glied der Gesundheitsfürsorge des deutschen Volkes ist.

Zusammenfassung.

Wissenschaft und Staat haben erkannt, daß die Frühbehandlung des kindlichen und jugendlichen Gebisses eine zur Erreichung und Erhaltung der Volksgesundheit zwingende Notwendigkeit ist. Erst wenn die gesamte Jugend ohne Ausnahme tatsächlich frühbehandelt wird, können die Zerstörungen des Kauorgans, wie solche der Fall des 17-jährigen Schülers und meine Untersuchungen bei SA-Mannschaften ergeben haben, vermieden werden. Da diese Forderung nach Frühbehandlung nicht allein durch eine Aktivierung der Zahnärzteschaft im Sinne der Schaffung eines einheitlichen Standes und einer einheitlichen Ausbildung des Nachwuchses, noch durch großzügige Propaganda der Zahnärzteschaft erzielt werden kann, muß die Frühbehandlung des kindlichen und jugendlichen Gebisses einem staatlichen Zwang unterworfen werden.

So wie der Gesunde und Starke sich nur im Lebenskampf durchsetzen kann, so erst recht ist nur ein gesundes Volk lebensfähig im Kampf um das völkische Dasein.

Meinen hochverehrten Lehrern, Herrn Professor Dr. Loos und Herrn Professor Dr. Fritsch, möchte ich an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank für ihre liebenswürdige Unterstützung aussprechen. Ganz besonderen Dank bin ich Herrn Professor Dr. Loos für die Überlassung des Themas und das große Interesse, das er für die Arbeit zeigte, schuldig.

Literaturverzeichnis.

Bauer und Lang: Über das Wandern der Zähne. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde 1929, Heft 3.

Barthelmae: Bedeutung der Funktion und ihre systematische Ausnützung für die orthodontische Prophylaxe und Therapie. Zeitschrift für zahnärztliche Orthopädie 1933, Heft 3 und Heft 4.

Bluntschli und Winkler: Kaubewegungen und Bissenbildung. Handbuch der normalen und pathologischen Physiologie, 3. Bd., E. Springer, Berlin.

Hitler: Mein Kampf. 1. und 2. Band, 47. Auflage, 1933. Verlag Franz Eher Nachfolger, G. m. b. H., München.

Kientopf: Propaganda. Schulzahnpflege 1934, Nr. 3 und Nr. 4.

Kimmel: Über die Behandlung der Milchzähne. Zahnärztliche Rundschau 1932, Nr. 37, 38, 39 und 40.

Klodt: Die politische Sendung des Arztes. Ärzteblatt für Hessen 1934, Heft 1.

Korkhaus: Aetiologie der Zahnstellungs- und Kieferanomalien. Fortschritte der Orthodontik 1931, Heft 1.

Korkhaus: Entwicklungsgefahren des Gebisses. 1. Vorzeitiger Milchzahnverlust. Schulzahnpflege 1934, Nr. 1 und Nr. 2.

Loos, O.: Über die Ursache des sogenannten Längerwerdens der Zähne bei fehlenden Antagonisten. H. Ed. Seitz, Straßburg, 1909.

Loos, O.: Karies, Zahnhygiene, Zahnpflege in Schule, Heer und Krankenhaus. Österreichisch - Ungarische Vierteljahresschrift für Zahnheilkunde 1912, Heft 3.

Loos, O.: Die zahnärztliche Ausbildung am Scheideweg. Zahnärztliche Mitteilungen 1933, Nr. 53.

Oppenheim, A.: Extraktionsverstümmelungen im Milch- und bleibenden Gebiß. Österreichisch - Ungarische Vierteljahresschrift für Zahnheilkunde 1919, Heft 4.

Pfeifer: Schulzahnärztlicher Befund an verschiedenen höheren Lehranstalten Kölns. Zahnärztliche Mitteilungen 1933, Nr. 44.

Pichler, H.: Zahnerkrankungen und Zahnpflege im Kindesalter. Zahnärztliche Berichte 1934, Nr. 2.

Prager: Ergebnis einer Schuluntersuchung in den höheren Schulen. Zahnärztliche Mitteilungen 1933, Nr. 38.

Ritter: Zur Aetiologie der sogenannten Bißanomalien. Zeitschrift für zahnärztliche Orthopädie 1933, Heft 2.

Scheidt, C.: Kauorgan und Zahnverlust. Habilitierungsschrift.

Scheidt (Augsburg): Schicksalswende. Zahnärztliche Mitteilungen 1933, Nr. 45 und Nr. 46.
Schenck, Elisabeth: Organisation und Finanzierung der planmäßigen Schulzahnpflege. Meußer, 1925.
Schwab: Vererbung und Rassenhygiene. Zahnärztliche Mitteilungen 1934, Nr. 6 und Nr. 7.
Schwarz: Die Einstellung des Sechsjahrmolaren hinter dem Milchgebiß. Zeitschrift für Stomatologie 1927, Heft 5.
Stuck: Nationale Revolution und Reichsverband. Zahnärztliche Mitteilungen 1933, Nr. 12.
Stuck: SA-Zahnarzt und Berufsverband. Zahnärztliche Mitteilungen 1933, Nr. 44.
Tholuck: Die Behandlung der Milchzähne. Meußer, 1931.
Winkler, R.: Orthodontik u. Zahnheilkunde. Zahnärztliche Rundschau 1932, Nr. 34.

Lebenslauf.

Ich wurde in Illkirch-Grafenstaden bei Straßburg im Elsaß als Sohn des Justizinspektors Kneip am 9. September 1911 geboren. In Straßburg besuchte ich das Lyzeum bis zu der Vertreibung meines Vaters durch die Franzosen. In Altenkirchen im Westerwald, unserem Zufluchtsort, ging ich 1½ Jahre in die Volksschule, um dann in die dortige Rektoratsschule einzutreten, die ich bis Obertertia besuchte. Nach der Versetzung meines Vaters nach Frankfurt am Main, trat ich in die dortige Ziehen-Oberrealschule ein, wo ich das Abiturientenexamen Ostern 1930 bestand. Ich beschloß, Zahnheilkunde zu studieren. Sämtliche acht Semester belegte ich in Frankfurt am Main. Am 29. Juli 1931 bestand ich das Physikum mit dem Prädikat „Gut", am 26. Oktober 1933 legte ich das Staatsexamen mit der Note „Sehr gut" ab.